

杉並区長 宛

※ゴム印やスタンプ印は不可

申請者住所	〒
氏名	(印)
被接種者との関係	
電話番号 (日中の連絡先)	

高齢者予防接種費用助成金申請書兼請求書

杉並区定期予防接種費用助成金の受給を申請します。については、杉並区定期予防接種費用助成要綱第6条の規定に  
関係書類を添えて下記のとおり申請・請求しますので、決定金額を下記の口座に振り込んでください。

※太枠内をご記入ください

接種を受けた方の住所	杉並区		
接種を受けた方の氏名	生年月日	大正 昭和	年 月 日

※事前に定期予防接種依頼書の交付を受けた予防接種の種類のみ申請及び請求できます。

予防接種の種類 どちらかに○をして下さい	接種日	申請金額	決定金額
インフルエンザ・肺炎球菌	令和 年 月 日	円	円
インフルエンザ・肺炎球菌	令和 年 月 日	円	円
申請金額合計		円	
振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協 信用組合	本店 支店 出張所	口座種別 普通 当座
口座番号(7桁)		フリガナ	
		口座名義	

申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任欄に記入・押印が必要となります。

(委任欄)  
私は、上記口座名義人に、被接種者に係る杉並区定期予防接種費用助成金決定額の受取りを委任します。

令和 年 月 日 氏名 (印)

上記のほか以下全ての書類を郵送又は持参してください。

- ①予防接種費用が分かる領収証等原本 ※後日返却します
- ②予防接種の記録が分かるもの(予防接種予診票の写し等)
- ③通帳表面など口座情報が分かるものの写し

【送付先】 〒167-0051 杉並区荻窪5-20-1  
杉並保健所 保健予防課 予防接種担当 宛

事務処理欄 (記入不要)			
受付日	発送日	担当者	決定金額
/	/		円